Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 60 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 6 listopada 1886. № 45. Rok XXV.

I. O naczyniach krwionośnych rdzenia pacierzowego ludzkiego.

Streszczenie monografii przedłożonéj Krakowskiéj Akademii Umiejętności na posiedzeniu z d. 20 lipca 1886.

przez

Prof. Dra Henryka Kadyjego.

W rozprawie niniejszéj streściłem najważniejsze wyniki obszerniejszéj pracy, którą poświęciłem memu czcigodnemu nauczycielowi prof. Drowi Ludwikowi Teichmannowi przy sposobności Jego dwudziestopięcioletniego jubileuszu, a która przedłożona Krakowskiéj Akademii Umiejętności na posiedzeniu z 20 lipca 1886, wyjdzie w jéj „Pamiętniku“ z X-ma tablicami chromolitograficznemi.

Badaniem naczyń krwionośnych rdzenia pacierzowego zajmowałem się z rozmaitemi przerwami od lat pięciu. Z początku pracowałem przez kilka miesięcy wspólnie z prof. Dr. Adamkiewiczem, a mianowicie na życzenie prof. Dra Teichmanna, który dał inicyjatywę do tych badań i w którego pracowni one przedsięwzięte zostały. Z powodów wszakże odemnie niezależnych wspólne opracowanie i wspólna publikacyja nie przyszła do skutku, tak iż praca moja, jak słusznie prof. Dr. Adamkiewicz zauważył na posiedzeniu sekcyi anatomicznéj tegorocznego zjazdu w Berlinie, z jego publikacyjami nie ma nic wspólnego, chociaż dotyczy tego samego przedmiotu i chociaż powstała na tém samém miejscu i w tym samym czasie.

Dwie rozprawy Adamkiewicza (w 54 i w 55 tomie Sitzungsberichte der k. k. Akademie d. Wiss. in Wien 1881 i 1882) są jedynemi obszerniejszemi publikacyjami, jakie literatura anatomiczna posiada o naczyniach rdzenia pacierzowego; wiadomości, które w tym kierunku zawdzięczamy badaniom Ekkera, Lenhosseka, Golla, Dureta i Rossa są tylko urywkowe. Piękne prace Schöbla (w Pradze) odnoszą się wyłącznie do naczyń krwionośnych ośrodków nerwowych u płazów i gadów.

Publikacyje Adamkiewicza nietylko w rozmaitych kierunkach nie są wyczerpującemi, lecz nadto zawierają niektóre twierdzenia niezgodne z istotnym stanem rzeczy.

Przedewszystkiem ogólne poglądy Adamkiewicza na unaczynienie rdzenia, przypuszczenie, iż pewne okolice rdzenia (piersiowa) pod tym względem są upośledzone, rozróżnianie (dziewięciu) odrębnych obszarów naczyniowych *(Stromgebiete)* w tym narządzie, są tego rodzaju, iż na nie żadną miarą zgodzić się nie można.

Następnie z pominięciem wielu szczegółów, które wymagają sprostowania, wypada mi zaznaczyć, że badania naczyń rdzenia przez Adamkiewicza nie zostały doprowadzone do téj zupełności, jaka w badaniach angiologicznych winna być ostatecznym celem zabiegów, t. j. do wykazania sposobu, jak za pośrednictwem naczyń włosowatych wszędzie połączone są ostateczne rozgałęzienia tętnicze z korzeniami żył, bez czego oczywiście sposób krążenia w jakimkolwiek danym narządzie nie może być poznanym i zrozumianym.

Adamkiewicz tylko jako osobliwość i poniekąd wyjątkowy stosunek przytacza, że przy nastrzykiwaniu w niektórych miejscach szaréj substancyi masa przechodzi z tętnic do żył lub odwrotnie, podczas gdy przecież tylko wtedy injekcyję jako zupełną i dla badań mikroskopowych wystarczającą uważać można, gdy takie przejście we wszystkich częściach narzędzia nastrzykiwanego miało miejsce. Naczynia zaś, które Adamkiewicz opisuje i rysuje jako włosowate, są tylko rozgałęzieniami tętnic i żył co najwięcéj przywłosowatemi. Związku między tętnicami i żyłami za pośrednictwem naczyń włosowatych na rysunkach Adamkiewicza nie widać nigdzie, choć w jego pracach mowa jest o jakichś *„intercapilläre Gefässnetze“*, które sam Adamkiewicz w najnowszéj swojéj publikacyi („Przegląd Lekarski“ 1886 Nr. 1 do 6) uznał jako „przetwory wśródtkaninowe, które dopiero wskutek ucisku masy injekcyjnéj sztucznie zrobione zostały“.

Niejasność zresztą panuje w pracach Adamkiewi-

cza co do pojęć „tętnic“, „żył“ i „naczyń włosowatych“. W roku 1882 Adamkiewicz (l. c. fig. XIII., XIV. i XV.) rysuje niby to naczynia włosowate opony rdzenia *(pia mater)* przy 5–6 krotném powiększeniu linearném (w istocie zaś na tych figurach widać tylko siecie i od nich odchodzące drzewiaste rozgałęzienia tętnic i żył, które pomiędzy sobą nie mają żadnego związku [1]); niedawno zaś opisał wśród kómórki gangliowéj naczynia krwionośne a mianowicie tętnice i żyły, t. j. narzędzia, które, jak powszechnie wiadomo, same są złożone z licznych i wysoko rozwiniętych komórek. Za daleko by nas zaprowadziło, gdybyśmy chcieli tu wchodzić w szczegóły pracy, któréj wyniki sprzeciwiają się zasadom morfologii i fizyjologii; wspomnę tylko, że między tętnicami komórki zwojowéj Adamkiewicz rozróżnia takie, które mają tylko 0·0001 do 0·0002 mm., t. j. 0·1—0·005 mm. w świetle. Że w takich tętnicach krew, w któréj skład wchodzą ciałka krwi, krążyć nie może, sam Adamkiewicz uprzedzająco przyznaje. Wedle zaś pojęć, w morfologii od czasów Harveya ustalonych, tętnice są naczyniami i to przedewszystkiem naczyniami krwionośnemi.

Nikogo więc dziwić nie będzie, że w obec takich i tym podobnych zapatrywań, badając naczynia rdzenia pacierzowego doszedłem w wielu względach do zupełnie odmiennych wyników.

Co do metody badania, pomijając jéj szczegóły, nadmienię tylko tyle, że przy nastrzykiwaniu posługiwałem się metodą Teichmannowską za pomocą mas kitowych czyli olejnych, którą zmodyfikowałem o tyle, że się nadaje do nastrzykiwania naczyń włosowatych. Wyczerpujący opis zastosowania téj zmodyfikowanéj metody Teichmannowskiéj znajduje się w mojéj obszernéj publikacyi, przedłożonéj Akademii Umiejętności. Tylko ta metoda, mojém zdaniem, prowadzi do zupełnie zadowalającego i jednostajnego nastrzykania rdzenia, czego masami klejowemi osiągnąć nie mogłem.

Naczynia mózgu i rdzenia tworzą razem jeden obszar, niejako całość w sobie zamkniętą, oddzielny układ, który na rdzeniu pozostaje w związku z innemi naczyniami ciała jedynie wzdłuż nerwów kręgowych.

Tętnice zaopatrujące rdzeń pacierzowy przystępują doń towarzysząc korzeniom nerwów kręgowych. Podobnież pieńki żylne opuszczające rdzeń przyłączają się do korzeni nerwowych i bezpośrednio przy nich (z rzadkiemi tylko wyjątkami) przebijają oponę twardą. Pieńki naczyń zaopatrujące rdzeń należy przeto oznaczać jako tętnice i żyły korzeniowe rdzenia (*arteriae et venae radicales medullae spinalis*).

Rozróżniamy przednie i tylne tętnice korzeniowe rdzenia; tak samo przednie i tylne żyły korzeniowe rdzenia.

Chociaż bez wątpienia przy każdym z korzeni nerwów rdzeniowych są zawiązki, z których powstają narzędzia korzeniowe rdzenia, nie przy wszystkich wszakże nerwach są takowe wykształcone jako pnie doprowadzające krew do rdzenia lub z niego odprowadzające.

Liczba tętnic i żył korzeniowych równie jak rozmiary poszczególnych tych naczyń jest nader zmienną; nie mniéj rozmieszczenie ich przy rozmaitych nerwach kręgowych i korzeniach tychże. Z wyjątkiem kilku ostatnich nerwów kręgowych nie masz ani jednego korzenia nerwowego, przy którymby w tym albo w owym przypadku nie zdarzała się nawet znaczniejsza tętniczka lub żyłka rdzeń zaopatrująca.

Na tych korzeniach nerwowych, przy ktorych nie są wykształcone pieńki tętnicze lub żylne dla rdzenia przeznaczone, napotykamy tętnicze i żylne anastomozy, łączące naczynia rdzenia z własnemi naczyniami nerwów, przy których jak wiadomo znajdują się tętnicze (i żylne) łańcuchy anastomotyczne, rozciągające się daleko na pniach głównych i ich gałęziach.

Częstokroć niemożebném jest stanowczo orzec, czy przebiegające przy danym korzeniu nerwowym tętniczki lub żyłki mają znaczenie pieńków przyczyniających się do zaopatrzenia rdzenia, czy też przeciwnie są odgałęzieniami naczyń rdzenia zaopatrującemi w części korzenie nerwowe.

Przednie tętnice korzeniowe rdzenia, których liczba wynosi zwykle 5—10 (czasami jeszcze mniéj albo jeszcze więcéj 2—17), udają się na przednią powierzchnię rdzenia pacierzowego, gdzie każda z nich w pobliżu pośrodkowego rowka dzieli się na gałęź wstępującą i na gałęź zstępującą.

Przez wzajemne łączenie się gałęzi tętniczych biegnących w rowku tym naprzeciw siebie powstaje przedni pośrodkowy tętniczy łańcuch rdzenia *(tractus arteriosus anterior medullae spinalis)*. Łańcuch ten dotychczas był zwykle uważany mylnie jako wyłącznie ciąg dalszy gałęzi obu tętnic kręgowych znanych pod nazwą *„arteriae spinales anteriores“*.

Tylne tętnice korzeniowe rdzenia, mniéj lub więcéj dwa razy liczniejsze (średnio jest ich 16—17) w podobny sposób przy powierzchni rdzenia dzielą się na gałęzie wstępujące i zstępujące. Pozostając wszakże na bocznéj powierzchni rdzenia w pobliżu początków tylnych korzeni tworzą te gałęzie dwa łańcuchy tętnicze tylno-boczne *(tractus arteriosi postero-laterales)* prawy i lewy, które dotychczas uchodziły jako wyłączne przedłużenia t. zw. tylnych tętnic rdzeniowych (*arteriae spinales posteriores*), odchodzących od tętnic kręgowych.

Same główne pnie tętnic kręgowych są pod względem morfologicznym równorzędne tętnicom nerwowym rdzenia pacierzowego, a rozgałęzienia każdéj z nich odpowiadają gałęziom przedniéj i tylnéj tętnicy korzeniowéj rdzenia razem wziętym.

Zstępującéj gałęzi przedniéj tętnicy korzeniowéj odpowiada zachowaniem swojém znana *art. spinalis anterior;* dalszy ciąg pnia tętnicy kręgowéj przedstawia wstępującą gałęź, która rozmiarami przewyższa znacznie odpowiednie gałęzie innych tętnic korzeniowych, z powodu, iż zaopatruje mózg, który jest przyustym (u człowieka górnym) końcem cewy rdzeniowéj we właściwy sposób rozwiniętym i do znacznéj objętości rozłosłym. Tętnica podstawowa jest przeto przedłużeniem albo powtórzeniem przedniego łańcucha tętniczego rdzenia na podstawie mózgu.

Zstępującéj gałęzi tylnéj tętnicy korzeniowéj odpowiada *art. spinalis posterior.* Jako wstępującą gałęź można uważać tętnicę móżdżkową tylną dolną *(art. cerebelli inferior posterior)*, która stale odddaje gałązki dla bocznéj powierzchni rdzenia przedłużonego, choć niektóre z nich mogą odchodzić i wprost od pnia tętnicy kręgowéj wnet po jéj przejściu przez oponę twardą. (C. d. n.)

---

[1]) Przy tak słabém powiększeniu prawdziwe naczynia włosowate, których średnica w rdzeniu wynosi średnio 0·01 mm., na rysunku musiałyby otrzymać grubość $^1/_{20}$ mm., t. j. taką, iż byłyby niewykonalne a nawet niedostrzegalne.

II. Z kliniki chorób skórnych prof. Rosnera.

W sprawie chłonienia chlorku rtęciowego z rozczynu wodnego przez skórę.

Skreślił
Dr. Leon Kopff,
asystent Uniwersytetu Jagiellońskiego.
(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Reasumując pokrótce wyniki powyższych doświadczeń widzimy, że w doświadczeniu pierwszém, po użyciu jednorazowéj kąpieli z 14 grm. sublimatu w 14 litrach wody, badanie moczu zebranego w ciągu 24 godzin nie wykazało ani śladu rtęci. W doświadczeniu drugiém po zastósowaniu przez trzy dni z rzędu kąpieli takiéj saméj w 3660 cm. sz. moczu zebranego w ciągu trzech dni badanie chemiczne wykazało dość wybitne ślady rtęci tak na blaszce miedzianéj jak złotéj, jak i również z jodem. W doświadczeniu trzeciém po użyciu kąpieli jednorazowéj z mocniejszego rozczynu chlorku rtęciowego, mianowicie 30 grm. na 15 litrów wody, badanie wykazało w moczu wątpliwe ślady rtęci. W doświadczeniu czwartém po dwurazowéj kąpieli w silniejszym rozczynie sublimatu (1:500) w 2840 cm. sz. moczu zebranego w dwóch dniach badanie wykazało bardzo wybitne ślady rtęci. W doświadczeniu piątém stósowano przez dni 4 z rzędu kąpiel sublimatową, zebrano moczu 5830 cm. sz., w którym oznaczono 1.9 milligrama rtęci, co odpowiada 2.5 milligrama chlorku rtęciowego. Wreszcie w doświadczeniu szóstém i siódmém stósowano kąpiele sublimatowe na skórę pozbawioną powłoki tłuszczowéj i w obydwóch doświadczeniach wykryto następnie w moczu wybitne ślady rtęci, względnie w każdym razie większe, niż przy stósowaniu kąpieli z tak samo silnego rozczynu sublimatu na skórę, niepozbawioną powłoki tłuszczowéj.

Daléj widzimy, że w moczu zebranym z dni następujących zaraz po doświadczeniu, a wolnych od kąpieli z chlorku rtęciowego, badanie chemiczne w żadném z pięciu pierwszych doświadczeń rtęci nie wykazało.

Rozczyn sublimatu w stosunku 1:1000 nie wywoływał żadnego zadrażnienia skóry. Rozczyn 1:500 sprawiał lekkie zaczerwienienie powierzchni skóry, połączone z przemijającém uczuciem palenia w skórze, jednak ani razu nie zauważono, aby wpływ żrący sublimatu sprowadził wyprysk lub w jaki inny sposób pozbawił skórę pokrywającego ją przyskórka. Ciepłota wyższa kąpieli wpływała zazwyczaj na wzmożenie się oznak zadrażnienia skóry sublimatem i z tego powodu stósowano kąpiele z rozczynu 11:500, o ciepłocie niższéj znacznie niż kąpiele z rozczynu 1:1000. Wielki wpływ na wywołanie zadrażnienia skóry rozczynem sublimatu zdaje się wywierać pozbawienie jéj powłoki tłuszczowéj. Podczas gdy bowiem po użyciu kąpieli z rozczynu 1:1000 na skórę tłuszczu nie pozbawioną (doświadczenie I i II) nie widzieliśmy żadnych objawów zadrażnienia skóry, to w doświadczeniu VI rozczyn taki sam po zmyciu powłoki tłuszczowéj sprowadzał wyraźne zaczerwienienie.

Aby ten lekki stopień zadrażnienia skóry, wywołany żrącém działaniem sublimatu, miał mieć jaki wpływ na sprawę chłonienia tego ciała przez skórę, nie zdaje się być prawdopodobném. Przedewszystkiém bowiem już w doświadczeniu drugiém, w którém wcale nie zauważyliśmy, aby jakiekolwiek objawy zadrażnienia wystąpiły, rtęć w moczu dała się z łatwością wykazać. Zadrażnienie skóry, jak to już nadmieniono, ograniczało się li tylko do zaczerwienienia skóry, nigdy zaś nie wywoływało uszkodzenia przyskórka, czy to przez powstanie pęcherzyków, czy guziczków, sączenia itp. Bardzo zaś zdaje się być nieprawdopodobném, aby proste przekrwienie w skórze mogło znieść warunki fizyjologiczne i ułatwić wessanie. Gdyby zresztą kto przypuścił, że właśnie to przekrwienie skóry ułatwia wessanie sublimatu, to poniekąd musiałby także przypuścić, że ponieważ przekrwienie takie zwykło prawie zawsze powstawać w mniejszym lub wyższym stopniu i po stósowaniu innych kąpieli, zatém w takim razie i poniekąd przekrwienie takie wchodzi w warunki fizyjologiczne, w jakich się skóra w czasie kąpieli znajdować zwykła. Zresztą w naszych doświadczeniach to zadrażnienie skóry, objawiające się pod postacią przekrwienia, ma jeszcze tém mniéj znaczenia, że w tych doświadczeniach, w których zauważyliśmy zaczerwienienie skóry po kąpieli, nigdy w dniu następnym nie stósowaliśmy na tę samą część skóry nowej kąpieli, lecz używaliśmy do doświadczeń innéj, zupełnie w fizyjologicznych warunkach zostającéj. Trudno zaś przypuścić, aby przekrwienie w skórze zaraz w początkach powstawało. Ponieważ kąpiel w naszych doświadczeniach trwała średnio 60 minut, przypuścić śmiało możemy, że to przekrwienie mogło wystąpić li tylko ku' końcowi kąpieli, że zatem jeżeli jaki wpływ na ilość chłonienia wywierało, to ten wpływ był minimalnym i w rachubę nie wchodzącym.

Śmiało więc możemy uważać wpływ drażniący sublimatu na skórę za obojętny dla wyniku naszych doświadczeń i z tego powodu na ich podstawie twierdzić, że:

1) Skóra w warunkach fizyjologicznych posiada własności chłonienia chlorku rtęciowego ($HgCl_2$) z rozczynów wodnych 1‰ i 2‰.

2) Ilość rtęci, jaka się przez skórę do obiegu krwi dostaje, jest bardzo małą i zależy od zagęszczenia rozczynu do kąpieli użytego.

3) Cała ilość rtęci, jak się zdaje, zostaje szybko z ustroju wydaloną, bo już w moczu z dni następnych ani śladu jéj wykazać nie można.

4) Powłoka tłuszczowa skóry utrudnia przechodzenie chlorku rtęciowego, jednak według wszelkiego prawdopodobieństwa nie do tego stopnia, jak to Parissot twierdzi.

W końcu zastanowić nam się wypada jeszcze o ile wyniki naszych doświadczeń mogą mieć praktyczne znaczenie.

Nasamprzód pod względem leczniczym udowadniają one nam, że rozczyn sublimatu wodny, nawet w rozcieńczeniu znaczném, przechodzi przez skórę. Zatém użycie kąpieli sublimatowych przeciw objawom kiły ma swe doświadczalne uzasadnienie. Jednakowoż ilość rtęci, jaka się do ustroju tą drogą dostaje, jest bardzo małą. Jeżeli bowiem do ocenienia jéj wzięlibyśmy za podstawę nawet wynik doświadczenia piątego, to na jednorazową kąpiel jednéj odnogi w rozczynie sublimatowym 1—2‰ przypadałoby prawie $^6/_{10}$ milligrama chlorku rtęciowego. Ilość ta jest zbyt małą, aby nawet, gdybyśmy ją odpowiednio do całéj powierzchni skóry pomnożyli, mogła iść w porównanie z tą ilością rtęci, jaką w celach leczniczych wprowadzamy do ustroju czy to wcieraniami szaruchy, czy to wstrzykiwaniami podskórniem związków rtęciowych, czy téż wreszcie wewnętrznem podawaniem. Ztąd téż zupełnie usprawiedliwioném wydaje nam się, że kąpiele sublimatowe stosuje się tylko przeciw objawom kiły u dzieci. Zresztą być może, że u dzieci skóra delikatniejsza posiada własność chłonienia w znacznie wyższym stopniu, i że tym sposobem rtęć łatwiéj i w większéj

ilości dostaje się u nich do ustroju niż u dorosłych. Zupełnie słusznem więc zdaje się być spostrzeżenie lekarzy praktycznych, że kąpiele zawierające większe dawki sublimatu mogą wywołać objawy zatrucia, i że sublimatowe kąpiele należy dlatego stósować tylko w mocnem rozcieńczeniu, dając na kąpiel 2—5 grm. sublimatu.

Na podstawie naszych doświadczeń wydaje nam się mało prawdopodobnem twierdzenie niektórych autorów, że używanie sublimatu w chirurgii działa szkodliwie na zdrowie lekarzy skutkiem chłonienia tej soli rtęciowej przez skórę. Do opatrunków przeciwgnilnych używa się rozczynów bardzo słabych, tak że rozczyny 1°/₀₀ i 2°/₀₀, których my do doświadczeń używaliśmy, należą już do silnych. Tymczasem, jak to już wyżej wykazaliśmy, wessanie sublimatu przez skórę, nawet z takich silniejszych rozczynów, jest bardzo nieznacznem. Zważywszy przytem, że chirurg nie ma ciągle zamaczanych odnóg w rozczynie sublimatu, jak to miało miejsce w naszych kąpielach sublimatowych, w których odnogę trzymaliśmy średnio przez 60 minut w ciepłym rozczynie sublimatu, to przypuścić musimy, że te nader małe ilości sublimatu, jakieby się do ustroju przez skórę chirurga dostawały, nie mogą chyba żadnych wywołać objawów zatrucia. Również na podstawie naszych doświadczeń wykluczyć musimy przypuszczenie, aby działanie trujące chlorku rtęciowego rozwijało się skutkiem działania kumulatywnego tego środka, przez zatrzymanie maleńkich cząstek i nagromadzenie ich w ustroju. Jak to bowiem już wyżej zauważyliśmy, nigdy nam się nieudało w moczu zebranym po doświadczeniu wykryć choćby nieznaczne ślady rtęci. Jeżeli więc mowa być może o szkodliwości sublimatu dla zdrowia stósujących go chirurgów, to ta szkodliwość zdaniem naszem, zależeć może tylko od innych własności sublimatu, tj. jego lotności i mocnego działania żrącego. Łatwo bowiem pojąć, że przy rozpościeraniu rozczynów sublimatu, na wielkie przestrzenie, jak to ma miejsce właśnie przy zastósowywaniu go w chirurgii, w obec warunków bardzo ułatwiających parowanie cieczy cząstki chlorku rtęciowego mają z łatwością unosić się w powietrze, i tą drogą dostać się do przewodów oddechowych. Skutkiem zaś działania żrącego sublimatu, po dłuższem a ciągłem używaniu jego rozczynów, łatwo przyjść może do uszkodzenia przyskórka, a wtedy naturalnie pomijając już niebezpieczeństwo powstania wyprysku i wessanie tej trucizny w większych ilościach z większą łatwością przez uszkodzoną skórę nastąpić może. Tej drugiej szkodliwości zaradzić można w niemałym stopniu pomazywaniem powierzchni skóry tłuszczami obojętnemi, bo jak to wykazaliśmy w dwóch ostatnich naszych doświadczeniach, powłoka tłuszczowa znacznie utrudnia wessanie sublimatu i stawia przytem opór jego żrącemu działaniu.

Część chemiczną niniejszej pracy wykonałem w pracowni chemii lekarskiej Wgo Profesora Stopczańskiego.

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IV.

Sprawa Ritterów.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Skazani zgłosili przeciw wyrokowi zażalenie nieważności do Sądu Najwyższego i Kasacyjnego w Wiedniu, a obrońca ich tameczny przedłożył akta w tłumaczeniu niemieckiem prof. E. Hofmannowi z prośbą o wydanie swojej opinii o całym przypadku. Prof. Hofmann uczynił zadość temu życzeniu, a jakkolwiek obszerne jego orzeczenie było tylko prywatnem, to jednak zaważyło ono na szali o tyle, że Sąd Najwyższy mając sobie zwróconą uwagę na liczne wątpliwości przychylił się do prośby skazanych, skasował wyrok Sądu przysięgłych w Rzeszowie i przekazał sprawę do ponownego rozpatrzenia i osądzenia trybunałowi przysięgłych w Krakowie, a orzeczenie prof. Hofmanna, jakkolwiek prywatne, Sąd Najwyższy załączył do aktów, które następnie Sądowi krakowskiemu odesłał. Już więc z tego powodu, pomijając już okoliczność, że obszerne orzeczenie, wydane przez pierwszą w państwie powagę sądowolekarską, w każdym razie zasługuje na uwagę lekarzy, wypada mi zastanowić się nad tym elaboratem.

Zbyteczną byłoby rzeczą przytoczyć, że przeczytawszy orzeczenie prof. Hofmanna musiałem przyklasnąć trafności jego wywodów i zapewne każdy, z zawodu medycyną sądową zajmujący się a znający zasady, któremi nauka się kieruje, musiałby w zupełności podzielić wywody pierwszorzędnego znawcy, pod warunkiem naturalnie, jeżeli premisy były prawdziwe i uzasadnione. Pod tym atoli względem nasuwały się niektóre wątpliwości, z tej prostej przyczyny, że prof. H. krytykując ostro protokół oględzin i orzeczenie obducentów oparł się nie na akcie oryginalnym, lecz na tłumaczeniu niemieckiem, które wprawdzie miało być uskutecznione przez lekarza, władającego zarówno językiem polskim jak niemieckim, które jednak oryginału nigdy zastąpić nie może; a wątpliwości te nasunąć się musiały, gdy w swoim elaboracie prof. H. krytykuje pomiędzy innemi ustęp protokółu sekcyjnego, który w tłumaczeniu opiewa: *„die Gehirn„haut ist hart, und an der Stelle, welche dem linken Stirn„hügel entspricht, mit Blut überfüllt“*, podczas gdy w oryginale powiedziano: „Opona twarda mózgu w miejscu guzowi lewego ciemienia odpowiadającem krwią zabiegła“; dalej: *„das Gehirn ist pappartig zerflossen, u. „an der Stelle, welche dem linken Stirnhügel entspricht, mit „Blut überfüllt“* (w oryginale powiedziano: „wyraźnie zakrwawiony“), wreszcie ustęp „w głowie znajduje się podbiegnięcie krwawe wielkości talara“ tłumaczono: *„ein Rothlauf von der Grösse eines Thalers“*. Cytaty te, z elaboratu prof. H. wyjęte, dowodzą, że z opisu i tak arcyniefortunnego pp. obducentów w tłumaczeniu niemieckiem zrobiono coś dziwacznego, które słuszny ściągnęło na siebie zarzut prof. H., że opis jest „powierzchowny i nieumiejętny“. Niedawno temu mieliśmy sposobność czytania całego tłumaczenia i więcej jeszcze sprawdzić mogliśmy ustępów błędnie w języku niemieckim oddanych. Jeżeli więc z tego powodu nie wszystkie zarzuty prof. H. są uzasadnione, to jednak w głównych zarysach zasługują one wielce na uwagę. Idąc w ślad za orzeczeniem pp. obducentów prof. H. krytykuje ustęp za ustępem i tak:

Co do ustępu I najsłabszego ze wszystkich, jako Franciszka Mnichówna nie umarła na miejscu, w którem ją znaleziono, prof. H. zbija motywa obducentów, jakoby za tem twierdzeniem przemawiały obrażenia na brzuchu i znaczna zgnilizna, dowodząc słusznie, że obrażenia dowodzą tylko, że naprzód zostały zadane, a potem dopiero ciało na brzuch ułożono, a znaczna zgnilizna właśnie przemawia za tem, że ciało przez długi czas leżało w wilgoci.

Co do ustępu II nie ulega tylko wątpliwości złamanie żuchwy, co do powstania którego atoli nic pewnego orzec nie można, bo mogło ono powstać i w skutek spadnięcia z miejsca wyżéj położonego do rowu. Natomiast nie ma dowodu, że Mnichównéj zadano obrażenie w głowę, bo to co obducenci opisali, mogło być tak podbiegnięciem jako i prostą imbibicyją. Jeszcze mniéj udowodnioném jest poderznięcie gardła, a dowód przez obducentów przywiedziony, iż za poderznięciem przemawia reszta gardziela o brzegach gładkich, na uwagę nie zasługuje wcale, bo w ciele tak mocno gnijącém obducent nie rozpozna gardziela, a najprawdopodobniéj brano tu tchawicę za gardziel, ponieważ w ciele gnijącém tchawica przedstawia się jako worek białawy, wątły, a więc podobny do gardziela, a z powodu poprzecznego ułożenia pierścieni przychodzi prędko do poprzecznego przedarcia. Obecność krwi w sercu pomimo zgnilizny przemawia przeciw śmierci z zakrwawienia.

Co do ustępu III przypuścić wprawdzie należy, że Mnichówna była brzemienną, ale nie w 3—4 miesiącu, bo macica była większą aniżeli temu okresowi odpowiada. Następnie słusznie wytyka opisy takie, jak „osłony brzucha oraz i skóra mocno uszkodzona, brzegi resztek gładkie, jakby rznięte“, bo to nie opis lecz orzeczenie; daléj niedokładne opisy macicy i ścian brzusznych i nie wyklucza możności, że pęknięcie ścian brzusznych powstało skutkiem zgnilizny lub wywołane było przez zwierzęta.

Co do ustępu IV prof. H. zbija twierdzenie, jakoby głowa Mnichówny była skalpowaną i jakoby jéj wycięto części płciowe, bo brak powłok czaszkowych i części płciowych tłumaczy się najłatwiéj i najprościéj zgnilizną; również nie ma dowodu, że włosy z głowy odcięte zostały, bo warkocze mogły spaść skutkiem zgnilizny i zwierzęta mogły je zawlec na inne miejsce.

Obszerny swój wywód kończy prof. Hofmann wnioskiem, że gdy badanie sądowolekarskie odbyło się w sposób niedostateczny, gdy twierdzenia opierają się na domysłach śmiałych i błędnych, okazuje się konieczna potrzeba ponownego zbadania i ocenienia sprawy. Badanie nie winno się ograniczyć do części ciała przechowanych przez obducentów, lecz rozciągnąć je należy i na czaszkę i kręgosłup szyjny, w którymto celu wypada wydobyć zwłoki. Takie ponowne badanie i ocenienie atoli może doprowadzić do rezultatu pożądanego, jeżeli uskutecznione zostanie przez biegłych specyjalistów i dla tego wnosi, aby zasięgnięto opinii Wydziału.

To téż Sąd Najwyższy ze wszystkich powodów nieważności przez obrońcę przytoczonych przyjął tylko za słuszny powód ten, że w sprawie tak ważnéj nie zasięgnięto opinii Wydziału lek. i dla tego uznał, że w myśl § 126 ustawy o postępowaniu karném należy poddać orzeczenie obducentów ocenieniu Wydziału, zwłaszcza „gdy dochodzenia na zwłokach zgniłych bezsprzecznie należą do najtrudniejszych zagadnień medycyny sądowéj z powodu większéj możności popełnienia błędu w spostrzeganiu“.

Na mocy tego orzeczenia zapadłego w Wiedniu d. 7 maja 1883 r. Prokuratoryja rządowa w Krakowie otrzymawszy akta zarządziła nasamprzód uzupełnienie śledztwa. Do tego uzupełnienia odnoszą się następujące akta:

1. Sprawozdanie Obserwatoryjum astronom. w Krakowie z d. 26 lipca 1883, w którém mieści się odpowiedź na zapytanie Sądu, jaką była zima r. 1881/2 w okolicy Lutczy. Zima była w ogóle łagodną, albowiem *minima* ciepłoty były: w grudniu — 7·0C. d. 16, w styczniu — 7·8C. d. 31, w lutym — 11·8C. d 8, tak że najzimniejszy okres czasu trwał od 31 stycznia do 8 lutego, zresztą były tylko trwałe przymrozki nocne, tak iż niżéj 0 były w grudniu dni 22, w styczniu 11, w lutym 15; średnia miesięczna ciepłota była w grudniu — 1·0C., w styczniu — 0·0 a w lutym 0·5. Co do opadu, to w grudniu były 4 dni, w styczniu 7 dni, a w lutym 14 dni po największéj części ze śniegiem.

2. D. 29 sierpnia 1883 komisyja Sądowa udała się do Lutczy do parowu, w którym Mnichównę znaleziono, celem sprawdzenia, czy ona mogła spaść z brzegu parowu. Po rozmaitych próbach komisyja nabyła przekonania, że Mnichówna nie mogła przypadkiem wpaść do parowu.

3. D. 29 listopada 1883 przesłuchano w Sądzie krakowskim Dra Bielińskiego, którego wezwano do wyjaśnienia następujących wątpliwości:

Pytanie 1. Na czem oparli obducenci twierdzenie swoje, iż części miękkie na grzbietowéj części ciała tak w okolicy łopatki jakotéż i na udach były wyżarte?

Odpowiedź: Wynika to z brzegów szarpanych i nierówności brzegów uszkodzenia.

P. 2. Jak się przedstawiały części miękkie na karku, czy były utrzymane pod kołnierzem koszuli, jakie ich były brzegi, tak na karku, jakotéż na bocznych ku przodkowi powierzchni szyi położonych częściach?

Odp. Rąbek a raczéj kołnierz koszuli pokrywał części miękkie karku, na którym skóra była utrzymana barwy szarawéj i wysterczała po nad rąbek koszuli na mniéj lub więcéj pół cala. Brzeg skóry był gładki, równy, a mięśnie pod tém pasmem skóry rozmiękłe tak, iż powierzchnia tychże odpowiadająca brzegowi skóry przedtawiała się zaklęsłą. Brzeg ten skóry łukowato obejmował obie boczne strony szyi i dążył skośnie ku górnemu otworowi klatki piersiowéj, kończąc się w okolicy końca mostkowego obojczyków. Brzegi téj części skóry nie przedstawiały tak gładkiego i równego wejrzenia, jak na karku, jednakże nie były te brzegi ząbkowane ani téż strzępiaste. Po nad tym brzegiem skóry na karku brak zupełny części miękkich, tak iż kręgosłup zupełnie jest izolowany. Części składowe jego, tj. kręgi, były jednak więzadłami ze sobą połączone. Również widoczną była i podstawa czaszki.

P. 3. Jakie położenie zajmował opisany skrawek skóry na szyi, jak się zachowały krtań, tętnice szyjne, jakotéż przełyk?

Odp. Skrawek skóry utrzymany znajdował się po stronie prawéj szyi kształtu romboidalnego, skierowany swym węższym końcem ku górze ku brzegowi szczęki dolnéj. Dolny jego szerszy bok przechodził bezpośrednio w skórę klatki piersiowéj. Długość jednego brzegu tego skrawka wynosiła mniéj lub więcéj pół cala, przy dolnym brzegu około $1^1/_2$. Brzegi boczne skrawka były równe, gładkie. Natomiast brzegi skóry pokrywającéj klatkę piersiową, z którą skrawek ów był w związku, przedstawiały to samo wejrzenie, co brzegi skóry na bocznych częściach szyi. Brzeg górny był zupełnie wolny. Jak jednak brzegi tego końca wyglądały, tego sobie nie przypominam. Cała przestrzeń między kręgosłupem, brzegiem szczęki dolnéj, jakotéż brzegiem otworu górnego klatki piersiowéj, wypełniona była błotem. Po oddaleniu tegoż przez spłókanie a częścią i mechaniczne oddalenie, znalazły się wśród tego błota szczątki chrząstek krtaniowych, których kształt oznaczyć się nie dał, jakotéż odłamki kości gnykowéj, których ilości sobie nie przypomi-

nam. Ze wszystkich części ani krtani ani też naczyń krwionośnych dostrzedz już nie mogliśmy tak, iż wśród téj jamy wypełnionéj błotem znaleśliśmy tylko gardziel, którego górny koniec mniéj więcéj sięgać mógł do wysokości odpowiadającéj położeniu kości gnykowéj, który to koniec jego przedstawiał brzegi zupełnie gładkie, równe. Brzeg ten miał położenie poprzeczne, górnéj części gardziela zupełny był brak, jakotéż muskulatury jamy ustnéj, która bezpośrednio z ową jamą w szyi błotem wypełnioną komunikowała.

Pyt. 4. Jak się przedstawiały kości czaszki?

Odp. Kości czaszki jakotéż kości twarzowe były zupełnie obnażone. Z czepca ścięgnistego utrzymane były tylko części boczne, wśród których po stronie lewéj znajdowała się plama brudnoczerwona, jednak skrzepów krwi pomiędzy powięzią a czaszką nie było. Kości czaszki również zupełnie z części miękkich obnażone tak, iż tylko nieregularnego kształtu kawałki skóry pozostały na podstawie kostnéj nosa, którego części chrzęstnéj zupełny był brak. Szczęka dolna zupełnie zmacerowana połączona jednakże była z szczęką za pomocą więzadła. W oczodołach znajdowały się gałki oczne zupełnie próżne, zapadłe, jakotéż szczątki powiek górnych pergaminowatego wejrzenia.

Pyt. 5. Jakie przedstawiały uszkodzenia ściany brzuszne po stronie lewéj opisane w protokóle?

Odp. W ścianie brzusznéj nieco na lewo od linii środkowéj znajdował się otwór powstały w skutek ubytku ściany brzusznéj téj okolicy, którego brzegi przechodziły bezpośrednio w brzegi ubytku w okolicy łonowéj, w którém to miejscu części płciowych zewnętrznych wraz ze skórą okalającą i włosami zupełny brak, tak iż obie gałęzie kości łonowéj były widoczne, jakotéż iż można było widzieć guzy siedzeniowe przy położeniu grzbietowém zwłok. Brzegi otworu tego, którego wymiar poprzeczny wynosił 4—5 cali powyżéj spojenia łonowego, były równe, gładkie i przedstawiały się jak brzegi rany ostrém narzędziem utworzonéj, takież same wejrzenie przedstawiały brzegi ubytku w okolicy łonowéj sięgającéj w międzykrocze tak, iż różnicy pomiędzy wejrzeniem brzegów otworu ubytku tego a otworu w ścianie brzusznéj nie było. Wejrzenia dna ubytku w okolicy łonowéj dziś już opisać nie mogę; między wejrzeniem, tych brzegów a brzegów ubytków znajdujących się na grzbietowéj części ciała, na udach i pośladkach był rażący kontrast tak, iż o różnem pochodzeniu tych ubytków stanowczo orzec można było.

Pyt. 6. Jak się zachowały trzewa brzuszne, czy prócz macicy nie były inne trzewa uszkodzone?

Odp. Jelita znajdowały się na zewnątrz jamy brzusznéj pomiędzy nogami i nie były wcale uszkodzone tak, iż celem badania ich musieliśmy je nożyczkami otwierać. Wśród nich znajdował się kał płynny. W żołądku również nieuszkodzonym znajdowały się tak utrzymane pokarmy, iż jakość ich dokładnie można było oznaczyć. Tak samo przedstawiały się zupełnie nieuszkodzone inne trzewa, jak wątroba, śledziona, postaciowo zupełnie normalne.

Pyt. 7. Czy macica leżała razem z jelitami na zewnątrz jamy brzusznéj, czy też znajdowała się w naturalném położeniu w miednicy i jakie przedstawiała uszkodzenia?

Odp. Prócz jelit żadne z trzew brzusznych nie leżało po za jamą brzuszną. Macica leżała w naturalném położeniu w miednicy, zkąd ją obducent przy pomocy noża wydobył. W przodkowéj ścianie macicy widoczne były 3 szczeliny przez całą grubość ściany macicy sięgające. Otwierając macicę w celu obejrzenia wnętrza poprowadziliśmy cięcie wzdłuż brzegu, nie pamiętam prawego czy lewego, tak, iż ściana przodkowa przez nas wcale naruszona nie została i szczeliny znalezione żadnéj zmianie nie uległy. Jama macicy była zupełnie próżną, żadnych szczątków płodu nie zawierająca.

Pyt. 8. Czy inne kości nie uległy złamaniu?

Odp. Z wyjątkiem szczęki dolnéj wszystkie inne kości były nie nadwerężone.

Pyt. 9. W jakim stanie znajdował się mózg?

Odp. Istota mózgowa jakkolwiek miększa przedstawiała jednak taki stopień spójności, iż mózg w całości wydobyliśmy z czaszki i pokrajaliśmy go nożem. W oponach miękkich po stronie lewéj znajdowało się miejsce kształtu okrągławego, mniéj lub więcéj wielkości talara, w którém opony miękkie jednostajnie jasnoczerwono były zabarwione. Śladu krwi jednak wynaczynionéj nie znaleźliśmy ani pomiędzy oponami ani też w istocie mózgowéj. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Brunner: O leczaniu złamań poprzecznych rzepki i wynikach ostatecznych takowego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Również zupłnie zadowalające wyniki pod względem czynnościowym przy leczeniu bezkrwawém podaje wielu innych autorów, między innymi Hamilton zestawia 117 przypadków, w których czynność odnogi ani razu nie została w wyższym stopniu upośledzoną pomimo, że zrost odłamków zawsze był łącznotkankowy a nigdy kostny; Briant zestawia 32 przypadki leczone rozmaitemi metodami bezkrwawemi ze skutkiem takim, iż wszyscy chorzy z wyjątkiem jednego, którego los nieznany, wrócili do swego dawnego zajęcia.

Malgaigne nie jest zadowolony z przypadków wyleczonych przez zrost łącznotkankowy, nawet przy nieznacznym rozstępie odłamków, bo tylko $3\frac{1}{2}'''$ wynoszącym, nie spostrzegał z pośród 40 przypadków ani razu powrotu prawidłowéj funkcyi.

Jeszcze przed wprowadzeniem postępowania antyseptycznego w chirurgii próbowano złamania podskórne rzepki leczyć drogą operacyi a to w celu sprowadzenia zrostu kostnego i osiągnięcia lepszych wyników pod względem funkcyjonalnym, sposób ten jednak w owym czasie wielu naśladowców nie znalazł, rezultaty tą drogą otrzymane nie były zbyt zachęcające. Po wprowadzeniu antyseptyki, w obec któréj operacyja znacznie mniejsze przedstawiała niebezpieczeństwo, pojawiły się rozmaite metody operacyjne, które mniejsze lub większe uznanie i rozpowszechnienie wnet sobie zdobyły. A temi są:

1) Punkcyja stawu celem wypuszczenia krwi wynaczynionéj i zbliżenia za świeża odłamków do siebie; podał ją Volkmann, a opisał przypadków w ten sposób leczonych 5 Schede, Jurowsky z kliniki Lückego 2, wreszcie we Francyi ma być przez większą część chirurgów wykonywaną.

2) Szew na ścięgnie (*Sehnennaht*) z otwarciem stawu lub bez tegoż. Szwu tego bez otwarcia stawu używał Volkmann kilka razy tylko do czasu wprowadzenia antyseptyki, a zakładał go w ten sposób, iż przez ścięgno mięśnia czterogłowowego przeciągał jednę nitkę, drugą przez więzadło rzepki i nitki te następnie na rzepce zawiązywał.

Szew z otwarciem stawu połączony podał Kocher a

nazwał go szwem okalającym rzepkę (*peripatellare Naht*), mocno skrzywioną igłą wprowadza się podwójny drut srebrny po pod dolnym brzegiem dolnego odłamka do stawu i tę samą igłę wykłuwa się po nad górnym brzegiem górnego odłamka, druty tak przeprowadzone na rzepce zawięzuje się.

Przypadków w ten sposób leczonych (przez samego Kochera) opisano 7, w klinice zurychskiéj 1.

3) Szew kostny po szerokiém otwarciu stawu.

B. z przyczyn łatwo zrozumiałych rozbiera tylko przypadki operowane już po wprowadzeniu antyseptyki a zebrał przypadków po świeżém złamaniu podskórném operowanych 45, tyleż złamań zadawnionych, razem 90 przypadków.

Zestawiając wyniki leczenia bezkrwawego z wynikami leczenia krwawego rzecz przedstawia ostatecznie tak: Odnośnie do punkcyi stawu wydanie sądu jest o tyle trudném, iż ograniczyć się musiano do nielicznych publikacyj Schedego i Jurowskiego.

Z rezultatów jakie osiągał sam Schede przekonywamy się, iż tą drogą częściéj otrzymać można zrost kostny niż zaniechając punkcyi. Schede lecząc 5 przypadków, widział 3 razy zrost kostny. Pod tym względem nie mogą z rezultatami Schedego współzawodniczyć ani rezultaty kliniki zurychskiéj, gdzie z pośród 30 przypadków 2 razy zrost był kostny, a tém mniéj jeszcze wyniki Hamiltona, który wśród 117 przypadków ani razu takowego nie stwierdził. Nie godzi się na to B., jakoby leczenie w téj metodzie miało trwać krócéj niż to bywa w metodach bezkrwawych, również nie potwierdza zapatrywania, jakoby wysięk stawu nie wydalony sztucznie sprowadzać miał chroniczny obrzęk jego. A wreszcie ze względu na wynik czynnościowy przypadki Schedego wcale nie przewyższają przypadków autora. Po za tém liczne przypadki pouczają, że punkcyja robiona jeszcze w przeciągu pierwszych 24 godzin po uszkodzeniu często nie prowadzi do zamierzonego celu, t. j. że wydobędzie w ten sposób zaledwie kilka kropel krwi. Uwzględniwszy, iż największa część chorych zgłasza się do lekarza jeszcze późniéj, to nietrudno nabrać przekonania, że w znacznéj liczbie przypadków mimo punkcyi usunięcie wysięku stawowego jest niemożliwém. Punkcyja przeto może być wskazaną w przypadku bardzo znacznego *haemarthros*, nie jest to zresztą zabieg niebezpieczny, przy złamaniach jednak z nieznacznym lub średnim tylko wysiękiem do stawu jest ona zbyteczną.

Wyniki otrzymane przez samego Kochera z leczenia podskórnych złamań szwem na ścięgnie zakładanym nie zachęcają wcale do naśladowania; z 7 przypadków w 2ch nastąpiło zropienie stawu, jeden nawet zakończył się śmiercią.

A wreszcie czy jest usprawiedliwioném w obec wyników, jakie wykazuje zestawienie 45 przypadków, otwarcie stawu i założenie swu kostnego? Lister, a za nim wielu innych chirurgów widzą w tém wskazanie do szwu kostnego, jakoby metodami starszemi, bezkrwawemi nie dały się osiągnąć rezultaty zadowalające pod względem czynnościowym. B. przeczy temu stanowczo i to nie tylko na podstawie przypadków własnych ale i doświadczenia Hamiltona i statystyki Bryanta.

Bądź co bądź pomimo braków, jakie i autor tym metodom przyznaje, rezultat funkcyjonalny był w znacznéj liczbie przypadków taki, że chorzy ostatecznie albo wcale nie doznawali trudności w chodzeniu albo tylko bardzo niewiele a co ważniejsza do pracy swéj zawodowéj powrócić byli w stanie. A przyzna każdy, iż dobra funkcyja jest tu rzeczą główną, a nie zrost kostny.

Nawet i ten zarzut nie da się utrzymać, jakoby blizna łącznotkankowa częściéj i łatwiéj przerywała się po zadziałaniu urazu; pokazało się, iż jest silniejszą, niż kość sama.

Kazuistyka przypadków operowanych wykazuje co prawda w $^2/_3$ częściach zakończenie sprawy szczęśliwe. W 13 przypadkach z pośród 45 doprowadzono tak szybko do zrostu kostnego i zupełnie prawidłowéj funkcyi jak nigdy posługując się metodami bezkrwawemi. Obok jednak tych świetnych rezultatów stwierdza się bardzo przykre zejście: 8 przypadków zropienia stawu, w 2ch musiano amputować odnogę, w 8 nastąpiło całkowite zesztywnienie dwa przyp. zakończyły się śmiercią. — Cyfry te zbyt przykre czynią wrażenie, abyśmy w obec cierpienia, które samo przez się życiu chorego wcale nie zagraża, mogli przekładać operacyję tę nad postępowanie bezkrwawe, zwłaszcza że ono zdoła przywrócić choremu zdolność do pracy zawodowéj a niebezpieczeństwa dla życia jego żadnego nie przedstawia. Autor przyznaje artrotomii w takich razach tylko pewne w y j ą t k o w e wskazania, a mianowicie gdy rozstęp odłamków jest bardzo znaczny, wybroczyna śródstawowa do takich rozmiarów dochodzi, iż koaptacyja odłamków staje się niemożebną, a przez punkcyję usunąć się nie da, gdy adaptacyję utrudnia obecność skrzepów krwi lub strzępów okostnowych albo wreszcie, gdy zastosowanie przyrządów odpowiednich uniemożliwią jakieś przypadkowe niekorzystne okoliczności (rany rozległe tuż powyżéj lub poniżéj kolana).

We wszystkich innych razach operacyja ta jest nieuzasadnioną.

Tak się zapatruje B. na kwestyję szwu kostnego w przyp. świeżych. Do odmiennych wniosków dochodzi odnośnie do przypadków złamań zadawnionych. W przypadkach, gdzie czy to skutkiem przeoczenia choroby czy téż nieodpowiedniego leczenia przyszło do całkowitéj utraty funkcyi odnośnéj odnogi, wypada w ostatecznym razie zdecydować się na operacyję. Nie trzeba się jednak nigdy z nią zbytnio spieszyć, jak to często czyniono dotychczas, wypróbować wpierw należycie inne mniéj niebezpieczne środki, a wreszcie potrzeba i to mieć na uwadze, iż najczęściéj przyczyną złéj funkcyi odnogi nie jest tyle rozstęp odłamków, ile głównie zanik i niedowład mięśnia czterogłowowego, na to zaś operacyją samą nie wpłyniemy. W takich przypadkach należy zawsze spróbować wprzód funkcyję poprawić przez konsekwentnie przeprowadzoną faradyzacyję mięśni wyprostnych uda, zanim się jeszcze do operacyi przystąpi. (*Deut. Zeitschr. f. Chirurg.* T. XXIII, z. I i II, 1885). *Dr. Gross.*

Zestawienia statystyczne i wywody autora zasługują istotnie na uwagę każdego lekarza, któryby miał w danym przypadku wybierać między operacyją a leczeniem bezkrwawém. Aczkolwiek autor w swych ostatecznych wnioskach może za daleko się posuwa, porzucając w świeżych przypadkach prawie zupełnie operacyję, to jednak szczególnie lekarze, nie posiadający całéj biegłości w nowoczesnéj technice operacyjnéj, p o w i n n i w z a s a d z i e p o s ł u g i w a ć s i ę j e d y n i e m e t o d a m i b e z k r w a w e m i, ale i operator wprawny w każdym poszczególnym przypadku sumiennie rozważyć musi, czy korzyści chorego przez operacyję osiągnąć się mające uprawniają do tak ważnego i co do ostatecznych wyników przecież niepewnego zabiegu. — Jeden przypadek, ze szczęśliwym wynikiem operowany, jeszcze

niczego nie dowodzi; z jego ogłoszeniem każdy się pospieszy, natomiast przypadki niepomyślnie zakończone bardzo niechętnie się ogłasza a bardzo często wcale się ich do publicznéj wiadomości nie podaje. — Równocześnie ogłoszony artykuł kol. Dra Bogdanika przemawia za słusznością zapatrywania się naszego na tę sprawę. Wdzięczność prawdziwa należy się autorowi, że się do wyjaśnienia téj kwestyi spornéj przyczynił ogłoszeniem spostrzeżenia tak pouczającego.

Mikulicz.

Choroby dzieci.

Dr. J. Prior: **O leczeniu krztuśca kokainem i o działaniu tegoż w chorobach nosa, gardziela i krtani.**

Jakiejkolwiek teoryi o istocie krztuśca trzymać się będziemy, przyznać należy, że bardzo ważną rolę zajmuje tutaj zadrażnienie zakończeń nerwowych w błonie śluzowéj krtani i oskrzeli. Nie udało się dotychczas co do rodzaju wpływów zadrażnienie to wywołujących wyjść poza granicę przypuszczeń i domniemywań, dla tego téż nie możemy jeszcze dzisiaj działać na nie bezpośrednio. Leczenie więc krztuśca musi być dzisiaj przeważnie symptomatyczném i ograniczyć się musi do zmniejszenia pobudliwości zakończeń nerwowych w błonie śluzowéj dróg oddechowych. W ten sposób działamy nietylko na częstość i siłę napadów kaszlu, ale także usuwamy cały szereg objawów i komplikacyj, które tenże za sobą pociąga. Kaszel sam przez się podwyższa stan zapalny błony śluzowéj dróg oddechowych, sprowadza zaburzenia w krążeniu krwi, wywołuje często pęknięcie naczyń, przez to krwotoki z oskrzeli, nosa, ust, gardziela itd., które nawet mogą być bezpośrednią przyczyną śmierci, gdy mają miejsce w mózgu. W skutek silnych i częstych napadów kaszlu powstać może rozedma płuc chroniczna. Całe odżywienie chorego wreszcie bardzo znacznie podupada, a to w skutek tego, że przy silnych napadach kaszlu wśród krztuśca powstają wymioty dopiero co spożytych i niestrawionych pokarmów. Dla tego też obniżając pobudliwość zakończeń nerwowych błony śluzowéj, zdaniem autora, działamy więcéj aniżeli czysto symptomatycznie.

Wiedziano już dawniéj o tém i starano się za pomocą rozmaitych środków, jak np. atropinu, beladony, makowca, morfinu, wodnika chloralowego, kwasu sinowodowego i jego preparatów, chininu, bromku potasu itd. obniżyć tę pobudliwość, działanie ich było atoli wątpliwe i nie stałe a często nie było go wcale. Z chwilą bliższego zapoznania się z własnościami kokainu zyskaliśmy lek, który, zdaniem autora, przewyższa wszystkie dotychczas w leczeniu krztuśca używane środki.

Autor przedsięwziął przedewszystkiém szereg doświadczeń nad sprawdzeniem za pomocą kokainu bezbolesności i zupełnego znieczulenia błony śluzowéj gardziela, krtani i nosa i doszedł do następujących wyników: Znieczulenie gardziela i krtani występuje w przeciągu 2, 3 do 4 minut po pędzelkowaniu 10, 15 do 20% roztworem chlorku kokainu, do sprowadzenia zaś bezbolesności potrzeba dla błony śluzowéj nosa i gardziela 2 do 4% roztworu, dla krtani zaś 5 do 8%.

W przypadkach zapalenia gardziela i migdałków, gdzie z powodu bolesności połykanie było bardzo bolesném lub niemożebném, stosował P. 10% roztwór kokainu, przyczém po 3 min. wystąpiło znieczulenie a połykanie stało się niebolesném.

W przypadku wrzodów kiłowych na migdałkach, języczku i łuku podniebiennym również z powodu niemożebności połykania pędzlował autor cały gardziel 10% roztworem kokainu z pomyślnym skutkiem. Taki sam roztwór usuwał zawsze kichanie przy katarze nosa i uczucie łechtania i drapania w *pharyngitis granulosa.* Przytém zauważył autor, że skutek trwał nietylko przez 1 do 2 godzin, ale czasem na cały dzień nieprzyjemne te objawy ustępowały.

Działanie kokainu w krztuścu było następujące: Podczas gdy przed podawaniem kokainu napady kaszlu występowały 3 do 4 razy na godzinę, po znieczuleniu krtani kokainem pierwszy napad wystąpił tuż po pędzelkowaniu, drugi dopiero w $^3/_4$ godziny, trzeci w $^3/_4$ godziny po drugim, czwarty w $^1/_4$ godz. po trzecim, tak że podczas gdy przed znieczuleniem w przeciągu 2 godz. było 6 do 8 silnych napadów kaszlu, po znieczuleniu było ich 3 o nasileniu znacznie mniejszém. W tym samym dniu po drugiém pędzelkowaniu pierwszy napad wystąpił dopiero w 40 minut, w następnych 3 godz. było ich 5, a więc mniéj lub więcéj ilość ich o połowę była mniejszą, aniżeli bez pędzelkowania. W trzecim dniu pędzelkował autor obok błony śluzowéj górnéj części krtani i chrząstek nalewkowych także dolną powierzchnię więzadeł głosowych za pomocą stosownie przez siebie urządzonéj gąbki, wychodząc z zasady, że śluz zatrzymując się na dolnéj powierzchni więzadeł bardzo łatwo przez drażnienie wywołuje napady kaszlu. Skutek tego dokładnego pędzlowania był taki, że pierwszy napad wystąpił dopiero w 54 minut po pędzlowaniu; w dwóch zaś następnych godzinach były tylko dwa napady a więc razem w 3 godzinach były 3 napady. Ilość napadów w 6 następnych dniach pędzlowania zmniejszała się ciągle, tak że ostatecznie w ciągu dnia był tylko 1 a w ciągu nocy 3 napady. Siła ich była również coraz mniejszą, w 7 dniu już bez pędzlowania napady nie wystąpiły a choroba była wyleczoną.

W lekkich przypadkach krztuśca wystarcza pędzlowanie tylnéj części gardziela, aby zmniejszyć liczbę i nasilenie napadów kaszlu w bardzo widoczny sposób. Wymioty, które bez pędzlowania kokainem występują nieledwie przy każdym silniejszym napadzie w czasie pędzlowania, pojawiają się bardzo rzadko. W skutek tego téż odżywienie chorych nie podupada i dzieci stają się mniéj skłonnemi do chronicznych nieżytów oskrzelowych i gruźlicy, aniżeli bez pędzlowania. Obok tego bieg choroby nawet w ciężkich przypadkach jest skróconym. Autor więc uważa leczenie krztuśca kokainem za najodpowiedniejsze, chociaż przyznaje, że nie wszędzie da się zastósować. Względy pieniężne, zdaniem jego, nie wchodzą już obecnie w rachubę, bo roztwór 2:10 t. j. 20% wystarczyć może na 15 do 20 pędzlowań. (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 45 i 46). *Dr. Momidłowski.*

Dr. Clemente-Ferreira (z Brazylii): **O stósowaniu antipyrynu przeciw gorączce towarzyszącéj ząbkowaniu.**

Dotychczasowe doświadczenie pouczyło, że antipyryn ma szersze koło zastósowania u dzieci, aniżeli w praktyce osób dorosłych. Dr. Ferreira jest fanatycznym zwolennikiem stósowania antipyrynu w swojéj praktyce pedyjatrycznéj i krótką rozprawę, z któréj zdajemy sprawę, rozpoczyna od wykazania zbawiennych wyników, jakie odniósł z zalecania antipyrynu u dzieci w chorobach oskrzeli, płuc itd. W ostatnich czasach rozszerzył on pole stósowania antipyrynu, zalecając go w gorączkach, towarzyszących trudnemu ząbkowaniu; rzecz prosta, że autor nie stosuje nie tylko antipyrynu, ale żadnego leku, jeśli gorączka jest mierna, a chory ją znosi dobrze; mówi on tylko o tych wysokich stopniach, które z jednéj strony wywierają pognębia

jący wpływ na serce, a z drugiéj zdradzają nawał krwi do mózgu, i grożą dalszemi następstwami tego stanu chorobowego; dotychczas stósowane środki w podobnych okolicznościach (chinin, saletra itd.) nie doprowadziły do pożądanego celu; natomiast antipyryn, którego działanie kojące udowodnił autor w poprzednich rozprawach o tym przetworze, zbawiennie wpływa na system nerwowo-mózgowy, a głównie na stopień gorączki, którą obniża. Autor zapewnia sumarycznie, że we wszystkich analogicznych przypadkach, obok zupełnego spadku wysokiéj ciepłoty, następowało natychmiastowe ukojenie przypadów zadrażnienia układu mózgowo-nerwowego (niepokój, bezsenność, zgrzytanie zębami itd.). Dzienna dawka antipyrynu u dziecka wynosi 0,5—1,0; w razie nieznoszenia, F. podaje go w lawatywie. Następstw ujemnych nie spostrzegał. Czy antipyryn działa na ośrodek ciepłotwórczy, stępiając jego wrażliwość o tyle, że nie oddziaływa na podrażnienie błony śluzowéj dziąseł w skutek ząbkowania? autor na to pytanie, rzecz naturalna, nie daje odpowiedzi. W każdym razie dotychczasowe doświadczenie pouczyło go, że antipyryn jest lekiem nadzwyczaj korzystnie działającym na stan gorączkowy dzieci trudno ząbkujących i z tego względu zasługuje na polecenie go ogółowi pedyjatrów. (*Revue mennsuelle des Maladies de l'enfance*, zeszyt październikowy 1886 r.). *Dr. A. Kwaśnicki.*

Patologija.

Ebertha i Schimmelbuscha: **Badania doświadczalne nad zakrzepicą.** (Patrz Nr. 18 Przegl. Lek.) Sprawozdanie Dra Krokiewicza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Gdzie włóknik przyczynia się do wytworzenia zakrzepu tam stanowi jego charakterystyczny składnik, zmienia wejrzenie zwykłego czopka płytkowego w sposób właściwy. Cienkie pasemka i siatka włóknikowa łączą większe i mniejsze grudki płytkowe, pochwytują drobne ich bryłki, przytrzymują czerwone i białe ciałka krwi i stwarzają nowe obrazy. W saméj rzeczy jednak ilość włóknika jest bardzo mała w porównaniu z ilością napotykaną w skrzepie krwi wynaczynionéj. Krzepnienie jest sprawą, która w bardzo skromnych granicach pojawia się wśród krwi krążącéj, podczas gdy tu znowu często znajduje się zlepienie, a które jedynie prąd krwi i ciągły ruch części morfotycznych, gromadzących się, coraz bardziéj umożliwia. Tymczasem przeciwnie przedstawiają się stosunki śród tworzenia się skrzepu we krwi stagnującéj, gdzie główną rolę odgrywa krzepnienie. Niekiedy jednak i we krwi stagnującéj może się wytworzyć zlepienie a to wtedy, skoro treść naczynia, w którém krążenie ustało, ulega wstrząśnieniu, przez co choćby i słaby prąd się wytwarza w takowém, a płytki stykają się ze sobą i następowo ulegają téj zlepnéj przemianie. Nigdy atoli w tych przypadkach zlepienie nie przyjmuje szerszych rozmiarów, nigdy nie będą się tworzyły rozległe czopki, gdyż w pewnéj ilości krwi znajduje się tylko ograniczona liczba płytek, brak zaś ciągłego świeżego dowozu nowych elementów, boć to tylko wydarzać się może we krwi krążącéj.

Wiadomą już jest od dawna rzeczą, że zakrzepy, które się wytwarzają w ustroju żyjącym i przy trwającém krążeniu krwi są więcéj białe lub blado-różowe; zwykłe zaś skrzepy krwi są ciemno-czerwone. Ta różnica w barwie tłumaczy się tą okolicznością, że w pierwszym przypadku zakrzepy są wyrazem zlepienia się płytek krwi i dla tego właśnie są białe. Autorowie w ostatniém swém sprawozdaniu używali jeszcze nazwy „białych zakrzepów“ dla nagromadzonych płytek krwi. Ta jednak nazwa nie dotyczy istoty zjawiska, ona uwzględnia składnik, który wcale nie bierze udziału w tworzeniu się czopka, t. j. ciałka czerwone krwi. Zakrzep jednak może przypadkowo zawierać większe ilości ciałek czerwonych krwi i mieć barwę czerwoną, choć wytworzył się w naczyniach, wśród których krążenie krwi było utrzymane i śmiało zasługuje na nazwę konglutinacyi płytkowéj (zlepu składającego się z płytek krwi) a i skrzep włóknikowy, który się wydzielił z osocza po opadnięciu ciałek czerwonych krwi może być również zupełnie białym. Dla tego też autorowie uważają za rzecz wielce pożądaną, aby zamiast różnicy barwy, która jest zewnętrzną i nie cechuje istoty rzeczy, posługiwać się nadal istotną różnicą, t. j. wyrazem konglutinacyi lub koagulacyi.

IV. Związek zachodzący między nadwerężeniem ściany naczynia a wytwarzaniem się zakrzepu. Brücke dochodzi na mocy swych doświadczeń do wyniku, że krew pozostaje płynną jedynie wśród żywotnych i nienaruszonych ścian naczynia, a wszędzie krzepnie, gdzie ściana naczynia została naruszoną. Zdanie to utrwaliło się w nauce o zakrzepie i stało się prawidłem, aż inni patologowie, a na ich czele Cohnheim poszli daléj, utrzymując, że nie zmiana w ścianie naczynia wywołuje zakrzep, lecz do wywołania zakrzepu wyłącznie koniecznem jest nadwerężenie śródbłonka.

Wszystkie doświadczenia, które autorowie wykonali w celu wywołania zakrzepów a to przez zastósowanie bodźców różnorodnych na tętnice i żyły, doprowadzają do przekonania, że nadwerężenie ściany naczynia prowadzi najczęściéj do wytworzenia się zakrzepu w nich i że w nielicznych tylko przypadkach wynik był ujemny. Nadwerężenie zatém ściany naczynia nie koniecznie zawsze prowadzi do zakrzepu. Autorowie mieli względnie częste przypadki, gdzie pomimo wybitnego zadziałania bodźców na ściany naczynia nie mogli w nich stwierdzić czopów. Szczególnie zadziwiającą jest rzeczą w tych doświadczeniach, że częstokroć bardzo energiczne zadziałanie bodźca, co już gołém okiem dosadnie można było ocenić, pod drobnowidem dawało ujemne wyniki. Tak np. zmiażdżenie za pomocą pincety lub kauteryzowanie za pomocą zgęszczonego kw. chlorowodowego nie wywołały żadnéj zmiany w tkance ściany naczynia lub bardzo nieznaczną. Te okoliczności utrudniają téż niezmiernie ocenienie, które warstwy ściany naczynia ubumierają. Że np. po kauteryzowaniu tętnicy lub żyły udowéj zgęszczonym kw. solnym i po następowém zbieleniu ścian zewnętrzne warstwy bł. dodatkowéj przynajmniéj zostały zniszczone, trudno wątpić; o ile jednak na wewnętrzne pokłady t. j. warstwę mięśni gładkich i błonę wewnętrzną tenże bodziec zadziałał, trudno rozstrzygnąć. W tym względzie przypalanie azotanem srebrowym jest nieocenione, albowiem śródbłonek, który wówczas zostaje nadwerężony lub obumiera, równocześnie zabarwia na czarno a tém samém i ślady działania uwydatnia. Doświadczenia autorów wykazują oczywiście, że samo zniszczenie ściany naczynia, zmiana śródbłonka lub brak takowego nie wystarczają jeszcze do wytworzenia zakrzepu. Najwybitniéj okazuje to silne tuszowanie azotanem srebrowym, gdzie przychodzi do znacznego strupa w świetle naczyniowém, który oddzieliwszy się częściowo zwisa wolno w takowém. Wtedy oddzielają się nietylko śródbłonek i błona elastyczna ale i warstwa mięśni gładkich, przytém te miejsca, w których nastąpiło równe, gładkie oddzielenie się różnych warstw w ścianie naczynia, po większéj części są wolne od

zakrzepów, natomiast brzegi tych ubytków, pofałdowana i zniszczona błona wewnętrzna, wyniosłości płaskie i kończyste, strup zwieszający do światła naczynia, w ogóle wszelkie chropowatości są punktem wyjścia takowych. Samo nadwerężenie naczynia zatém nie wystarcza, jeśli krew krąży, do wywołania zakrzepów, lecz do tego potrzeba i innych czynników. Jeśli zaś wszelkie wyniosłości płaskie i kończyste pokrywają się czopkami w okamgnieniu, podczas gdy na miejscach więcéj gładkich lubo nie mniéj uszkodzonych nie napotka się ich, to wskazuje, że czynniki te są mechanicznéj przyrody, że zależą od stosunków krążenia. Po gładkiéj powierzchni prąd krwi bez przeszkody płynie, podczas gdy na miejscach chropawych i nierównych napotyka na przeszkody. Tak więc nadwerężenie ściany naczynia wtedy wywołuje zakrzepicę, jeśli przez to sprawione zostało zaburzenie w krążeniu.

V. Zaburzenie w krążeniu a zakrzep. Przyczyną, dla której stosunki przy nadwerężeniu ściany naczynia inaczéj się przedstawiają, aniżeli to Brücke dla krwi w stanie spoczynku się znajdującéj zaznaczył, stanowi ta okoliczność, że tworzenie się zakrzepu w obu razach polega na dwóch odrębnych sprawach. W pierwszéj idzie o sprawę chemiczną, krzepnienie, w drugiéj o mechaniczną, zlepienie. Tam główną rolę odgrywają wpływy chemiczne, które za sobą pociąga nekroza ściany naczynia, wśród której krew stagnuje, podczas gdy tutaj przez ciągłą odnowę osocza na ścianie nadwerężonéj, przez mniéj więcéj przelotne zetknięcie się krwi z takową, wpływy chemiczne nie mają znaczenia, ale za to mechaniczne. Sposób, w jaki zakrzep się tworzy i jaki udział biorą w tém zboczenia w krążeniu, dokładnie daje się oznaczyć. W każdéj przepływającéj przez naczynie cieczy prąd osiowy szybciéj płynie niż przyścienny Elementy domięszane stałe, które mają znaczniejszy ciężar gatunkowy od téj cieczy, porwane są siłą prądu osiowego. Podobnie rzecz się ma i w naczyniach, gdzie w pędzie osiowym szybkim zwartym szeregiem płyną ciałka czerwone krwi a wśród nich płytki i znaczniejsza ilość ciałek białych; w prądzie zaś przyściennym, znacznie wolniejszym, znajduje się osocze a wśród niego jedynie nieliczne ciałka białe, a nigdy ciałka czerwone i płytki. Gdzie ten stosunek między prądem przyściennym a osiowym w całości jest utrzymany, tam nie może przyjść do zlepienia, gdyż płytki krwi nie stykają się ani ze ścianą naczynia, choćby ta była nadwerężona, ani ze sobą; prąd krwi osiowy przenosi płytki ponad miejscami nadwerężonemi, a przezto przeszkadza ich zetknięciu się wspólnemu i następowéj zlepnéj przemianie. Natomiast wtedy występuje możność zlepienia, skoro zwalnia się lub ustaje prąd osiowy, co może się wydarzyć w dwojaki sposób. Raz powstać może wirowanie prądu krwi przez nieprawidłowe wyniosłości lub uchyłki światła naczynia, przez co w końcu chyżość prądu tak się osłabia, że części morfotyczne krwi płynące wartkim prądem osiowym rozluźniają się, a wtedy ciałka białe krwi najrychléj się wykolejają, podczas gdy płytki krwi przy bardzo zwolnioném krążeniu a ciałka czerwone dopiero wtedy, gdy już blisko zastój ma nastąpić. A jeśli przez wirowanie lub zwolnienie prądu krwi nastąpiło wykolejenie płytek krwi, to jeszcze zachodzi pytanie, czy na tém miejscu są normalne stosunki, czy śródbłonek jest nienaruszony, który je natenczas ochrania od przemiany zlepnéj, lub czy działają na nie wpływy szkodliwe np. alteracyja ściany naczynia. W pierwszym przypadku płytki nienaruszone same się przeciskają, zanim ich daléj nie uniesie silniejsza i szybsza fala krwi, w drugim zlepiają się i tworzą zakrzep. *Dr. Krokiewicz.*

Farmakologija.

Nowsze leki w literaturze francuskiéj z r. 1885.

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

32. Séguin poleca w ciężkich przypadkach kiły późnéj użycie dużych dawek jodku potasu po 10 do 40 gramów na dzień. Jako szczegółowe wskazania wymienia Séguin: 1) Owrzodzenia kilakowe liczne, głębokie lub szerzące się szybko. W takich przypadkach należy podawać po 10 do 15grm. dziennie, wzmagając zwolna dawkę. 2) W przypadkach chorób nerwowych na tle kiłowém. 3) W przypadkach ostrych bólów głowy pochodzenia kiłowego. W takich razach zacząć należy od 8grm. dziennie, podzielonych na dwie dawki i zwiększać stopniowo dawkę aż do 32grm. na dzień. 4) W przypadkach drgawki lub śpiączki na tle syfilitycznêm. 5) W przypadkach porażenia połowiczego, w których można przypuszczać, że już zaszły znaczne zmiany w ośrodkach nerwowych, jodek potasu w dużych dawkach nic nie pomoże, ale za to w okresie zwiastunowym duże dawki tego środka mogą dużo dobrego zdziałać. W końcu Séguin poleca używać jodku potasu na czczo i to najlepiéj w rozczynie jakiéj szczawy alkalicznéj.

33. Lereboullet i Henri Huchard polecają gorąco jodek sodu i potasu w miażdżycy naczyń. W tym względzie Lereboullet wyraża się o tym leku: *l'iodure de potassium peut devenir un agent héroique, principalement dans l'aortite et la dilatation de l'aorte*", a Huchard wyraża się: *„l'iodure de potassium est le médicament artériel par excellence, il est aux artéres ce que la digitale est au coeur*". Szczególniéj zachwala Huchard jodek potasu w *Angina pectoris*, w któréj już od 4 lat używa tego leku ku zupełnemu swojemu zadowoleniu i należy tutaj tylko nie zniechęcać się zaraz po pierwszych dawkach, tylko podawać go pilnie czas dłuższy.

34. Lépine podaje następujący przypadek ciężkiego zapalenia płuc, który leczył wstrzykiwaniami jodku sodu w miąższ płucny. Człowiek źle odżywiony, wynędzniały przybył na oddział autora z zapaleniem płuc krupowém, trwającém od 50 godzin. Zastrzyknięto natychmiast w miejsce nieco wyżéj zwątrobienia 25 centymetrów rozczyn jodku sodu. Rękoczyn ten, czy to, że ilość leku była niedostateczną, czy téż, że lek nie dostał się w sam środek zwątrobienia, sprowadził tylko nieznaczne obniżenie ciepłoty. Ponieważ chory po tém zastrzyknięciu miał się względnie dobrze, zastrzyknął Lépine w 24 godzin późniéj drugi raz 60sz.cm. rozczynu jodku sodowego, zawierającego koło 4·0grm. czystéj soli. Ciepłota podniosła się chwilowo, zapewne skutkiem odczynu ustroju na wstrzyknięcie, poczém szybko zaczęła opadać a w 4 dni późniéj zapalenie płuc ustąpiło. Autor na podstawie téj odosobnionéj jak dotąd obserwacyi zachęca do dalszych doświadczeń i spostrzeżeń *(Revue de médecine*, 25 grudnia, 1885).

35. Da Coste poleca w padaczce bromek niklu przepisując go: *Rp. Nickeli bromati 0·60, Pulv. gummi arabic. Extracti gentianae āā 0·40, f. l. a. pilul. Nr. XII*, lub też *Rp. Nickeli bromati 10·0, Aq. destillatae 120·0, Glycerini 15·0, Sacchari albi 250·0. (Bull. thérap.)*.

36. *Paris médical* (25 kwiecień, 1885) ogłasza następującą historyję choroby, wyjętą z *Revista de medicina*. Dziewczyna 20-letnia cierpi na bladnicę ze wszystkiemi objawami w wysokim stopniu. Żołądek nie znosi żadnych pokarmów. Wychudnienie znaczne. Ciężar 49 k°. Ponieważ

chora nie znosi żadnego przetworu żelaza, tylko dostaje wymiotów, polecono wstrzykiwania podskórne cytrynianu żelaza, po 1grm. dziennie rozczynu 1:10 wody. Prócz mało znaczącego bólu po pierwszych zastrzyknięciach żadnych innych objawów miejscowych. Po 12 zastrzykiwaniach pojawiła się miesiączka, polepszenie ogólne, ciężar ciała się wzmaga. Po 40 wstrzyknięciach wszystkie objawy blednicy ustąpiły a ciężar ciała podniósł się do 56k°.

37. Vieusse poleca gorąco *Magisterium bismuthi* w połączeniu z jaką obojętną zasypką, przeciw poceniu się nóg. Lek ten usuwa szybko tę niemiłą dolegliwość, działa zaś czysto miejscowo. W wielu przypadkach *Magisterium bismuthi* nietylko usuwa niemiłą woń, powstałą skutkiem pocenia się nóg, ale i leczy gruntownie samą chorobę. (*Gaz. hebd.*).

Inne leki organiczne.

38. Desuot podaje w *Bullet. Acad. med.* uwagi nad nowemi lekami przeczyszczającemi, jakiemi są Baptisin, Juglandin, Phytolaccin i Sanguinarin. Baptisin jest istotą żywiczną, otrzymywaną z *Baptisin. tinctoria*, czyli dzikiego indyktu. Podaje go się w dawce od 10—30 centygramów. W téj dawce jest to lek dość pewnie przeczyszczający, lecz sprawia trochę boleści. Juglandyn pochodzi z *Juglans cinorea*, czyli orzecha amerykańskiego, mianowicie otrzymuje go się z warstwy wewnętrznéj kory drzewnéj. Działa również już w dawce 10 do 20 centygramów przeczyszczająco, lecz zdaje się drażnić trochę przewód pokarmowy. *Phytolaccin* pochodzi z *Phytolacca decandia*, rośliny północno amerykańskiéj. W dawce 10—20 centygramów działa prawie zawsze pewnie, sprowadzając kilka łatwych, niebolesnych, obfitych, mocno żółto zabarwionych stolców. W dawkach większych fytolakcyn sprowadza wymioty, upadek sił, a niekiedy drgawki. Sangwinerin, również wyciąg żywiczny, otrzymuje się z *Sanguinaria canadensis*, rośliny z rodziny *Papaveraceae*. Środek ten polecany przez lekarzy amerykańskich, użyty przez autora nawet w dawce 50 centygramów, nie działał zupełnie.

39. J. B. Quinlau robił doświadczenia z rośliną, która już dawno cieszy się sławą dzielnego leku przeciw suchotom płucnym między wieśniakami irladzkimi. Jest nią dziewanna drobnokwiatowa, *Verbascum thapsus*, należąca do rodziny *Scrofularineae*, a znana we Francyi pod nazwą *„molène bouillon blanc“*. Wieśniacy irlandzcy używają rośliny téj w odwarze z mleka, biorąc około 30grm. liści suchych na litr mleka krowiego. Po zawrzeniu mleka zostawiają jeszcze z 10—15 minut liście w mleku, odsączają następnie, ocukrzają i podają napój na ciepło. Chory dziennie wypija 2—3 litrów takiego napoju. Przed doświadczeniami autora każdy chory był dokładnie ważonym, i o ile możności w ciągu całego leczenia w jednakowych warunkach utrzymywanym. Autor dochodzi do następujących wyników. W okresie zwiastunowym, dalej w okresie wychudnienia, jakie często poprzedza rozwinięcie się suchot płucnych, dziewanna wpływa niewątpliwie na podniesienie odżywienia i wzmożenie się ciężaru ciała, i to w wyższym stopniu niż tran, a w równym może jak kefir. Zdaniem autora samo mleko w tych warunkach podawane nie podnosiło w tym stopniu odżywienia. W okresie, w którym przychodzi już do rozpadu gruzełków, dziewanna znacznie ułatwia kaszel, tak, że chorym takim nie potrzeba już podawać żadnych środków wykrztuśnych, przytém chorzy tacy mający częstokroć wstręt do odżywiania się, chętnie piją mleko z odwarem dziewanny. W okresie późniejszym grużlicy dziewanna zmniejsza lub zatrzymuje biegunkę. Gdyby mleko przyczyniało się do zwiększenia biegunki, należy podawać odwar dziewanny w wodzie ocukrzonéj. Liście dziewanny, palone na wzór tytoniu, łagodzą drażliwość dróg oddechowych i prawie zupełnie usuwają kurczowy kaszel. Liście te pali się w fajce z domieszką małą tytoniu lub téż w postaci cygaret, wyrabianych przez Weelera i Whitakesa. Tym sposobem, powiada Quinlau, podając suchotnikom dziewannę można zbawiennie wpływać na wszystkie objawy choroby, z wyjątkiem potów. Przeciw tym ostatnim używa autor wstrzykiwań podskórnych siarkanu atropinowego. W każdym razie więc dziewanna posiada wiele zalet stawiających ją wyżéj od dotąd najczęściéj używanych leków skrzepiających i uspakajających w suchotach płucnych, znacznie zaś przewyższa tran rybi, który chorzy zwykle z obrzydzeniem biorą. Tam więc, gdzie o prawdziwy, świeży kobyli kumys lub kefir trudno, najlepiéj, zdaniem autora, podawać odwar dziewanny w mleku. (*Bull. thérap.*).

40. Sok z drzewa figowego był znanym starożytnym z wielu własności leczniczych. Wspomina o tém Pliniusz a za nim lekarze średniowieczni. Bouchut w r. 1870 ogłosił pracę o własnościach tego soku, podnosząc, że działa na białko w sposób trawiący. Bianchi zachęcony tą pracą stwierdził, że istotnie sok świeży czy to z niedojrzałych owoców, czy z liści figowca, przemienia wilgotny włóknik w masę rozpuszczalną w wodzie, która daje odczyny właściwe peptonom. Z tego wnosi Bianchi, że świeży sok figowca wskazanym jest w objawach dyspeptycznych a zarazem, że może zastąpić tak w ostatnich czasach zalecaną papainę, przeciw błonom wrzekomym dyfterytycznym. Przed papainą ma sok figowca tę wyższość, że go każdego czasu z łatwością można mieć w stanie zupełnie świeżym. (*Semaine médic.*). *Dr. Kopff.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* **Cholera.** We Wiedniu zdarzył się znów przypadek podejrzany wielce. Niejaki Franciszek Palecek, trudniący się zbieraniem kości i gałganów, zasłabł w szynku, a przywieziony w stanie nieprzytomnym do szpitala umarł w parę godzin. Uskarżał się za życia tylko na osłabienie i ból w żołądku, tak że nie podejrzywano wcale cholery. Przy sekcyi policyjnéj atoli znaleziono w treści jelit liczne prątki do przecinkowych podobne, tak że silne powstało podejrzenie, iż człowiek ten umarł z cholery. Prof. Weichselbaum zajęty jest bliższém zbadaniem bakteryjologiczném przypadku. Tymczasem przedsięwzięto wszystkie środki ostrożności.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 17—23 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23·1. Z błonicy umarło 1 (1 z. t.); z dławca i błonicy 4 (2 z. t.); z duru plamistego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach płonicy, 4 błonicy i dławca, 1 krztuśca, 2 duru brzusznego, 1 duru osutkowego, 1 róży. W tygodniu od 10—16 października umarło z ospy: w Warszawie 9, w Budapeszcie 68, w Petersburgu 3, w Wiedniu 2. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 7. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 12, w Paryżu 29, w Londynie 21, w Petersburgu 13. Z odry umarło: w Paryżu 15, w Londynie 27. Z płonicy umarło: w Berlinie 10, w Budapeszcie 28, w Londynie 24, w Petersburgu 12, w Odesie 20, w Warszawie 21. Z błonicy i dławca umarło: w Warszawie 10, w Berlinie 48, we Wrocławiu 10, w Dreźnie 9, w Budapeszcie 13, w Paryżu 18, w Londynie 27, w Chrystyjanii 12, w Kopenhadze 8, w Odesie 9. Z krztuśca umarło: w Paryżu 13, w Londynie 10.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 10—16 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,8; we Lwowie 35,5; w Brodach 33,1; w Drohobyczu 27,4; w Kołomyi 38,4; w Przemyślu 58,2; w Stanisławowie 45,5; w Tarnopolu 47,2; w Tarnowie 24,4; w Czerniowcach 28,3; w Warszawie 29,6; w Poznaniu 26,6; w Wiedniu

21,0; w Salcburgu 13,6; w Gracu 23,9; w Lublanie 28,5; w Tryjeście 45,6; w Insbruku 18,8; w Pradze 24,4; w Pilznie 14,5; w Bernie 33,4; w Ołomuńcu 25,6; w Opawie 37,8; w Berlinie 23,2; we Wrocławiu 32,0; w Gdańsku 24,9; w Dreźnie 28,0; w Hamburgu 31,4; w Kolonii 30,3; w Lipsku 18,7; w Mnichowie 34,2; w Strasburgu 22,7; w Amsterdamie 18,0; w Bazylei 14,0; w Brukseli 22,9; w Budapeszcie 48,0; w Chrystyjanii 24,6; w Genewie 17,3; w Kopenhadze 27,0; w Londynie 16,0; w Odesie 38,6, w Paryżu 21,7; w Petersburgu 23,2; w Stokholmie 23,7; w Tryjeście 49,2; w Wenecyi 20,4; w Zurychu 16,6. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 listopada. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego w załatwieniu pierwotnego wniosku prof. Korczyńskiego uchwalono na wniosek prof. Domańskiego wydanie Spisu autorów i prac ogłoszonych przez nich w Przeglądzie Lekarskim w ciągu lat 25 istnienia tego tygodnika; rejestr ten, zajmować mający 8—10 arkuszy druku drobnego, układa doc. Grabowski z upoważnienia komisyi redakcyjnéj, a otrzymają go bezpłatnie wszyscy prenumeratorowie Przegl. Lek. w upominek jubileuszowy, koszta zaś pokryją w równych połowach Tow. lek. krakowskie i fundusz Przegl. Lek. Następnie na wniosek prezesa uchwalono wyjednać u Prezydenta miasta przypuszczenie delegata Tow. lek. w komisyi sanitarnéj miejskiéj do obrad komisyi cholerycznéj, a w końcu uchwalono poprzeć wodę sodową higijeniczną i leczniczą wyrabianą przez p. Rzącę, a o któréj na przeszłém posiedzeniu zdał sprawę doc. Jaworski.

* Z prawdziwą przyjemnością dowiadujemy się, że po śmierci Dra Machera, prymaryjusza szpitala w Biały. Dr. Bogdanik przez komitet miejscowy ustanowiony został prowizorycznym lekarzem tego szpitala. Spodziewamy się, że władza wyższa wybór ten potwierdzi, a wtedy szpitalowi bialskiemu wypadnie powinszować zdolnego i postępowego kierownika.

(K.) Znów jesteśmy w posiadaniu recepty, wydanéj dla choréj dobrze po polsku mówiącéj, gdzie mimo to znajduje się sygnatura niemiecka. Recepta ta pochodzi od Dra D. M. z Nowego Sącza, który na drukowanym nagłówku recepty umieszcza po polsku „że jest specyjalistą chorób kobiecych z Wiednia“. Prosimy pana M, ażeby zaniechał nadal postępowania, które uwłacza w wysokim stopniu społeczeństwu, w pośród którego żyje i które go żywi.

* Otrzymaliśmy zeszyty 39 i 40 dzieła p. t. *Biographisches Lexicon*, zamykające tom IV, a mieszczące w sobie życiorysy lekarzy począwszy od Pirogowa aż do Revillon, a pomiędzy niemi bijografije lekarzy polskich Pląskowskiego, Porcyjanki, Rabinowicza, Raciborskiego i Radziejewskiego.

* **Wiadomości uniwersyteckie Wrocław.** Dr. A. Lesser, fizyk sądowy, habilitował się jako docent medycyny sądowéj. — **Praga czeska.** Nowomianowany prof. położnictwa w Wydziale lek. niem. prof. Bandl przed samém rozpoczęciem wykładów popadł w zadumę i musiał wyjechać z Pragi.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowani zostali jeneralnym lekarzem sztabowym Dr. Juliusz Hlavač, szef sanitarny korpusu 11go; lekarzami pułkowymi 2éj kl. starsi lekarze Drowie Michał Martynowicz, Włodzimierz Hrycykiewicz i Julijan Dębicki; starszy lekarz sztabowy 1éj kl. Dr. Mikołaj Munk mianowany szefem sanitarnym w Zadarze. Wreszcie w marynarce wojennéj mianowany lekarz korwety Dr. Władysław Kwejzer lekarzem fregaty.

* **Nekrologija.** W Marburgu umarł dyrektor ogrodu botanicznego i zakładu farmakognostycznego prof. Wigand w 65 roku życia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.